



DECLARACIÓN JURADA SIMPLE
ACTIVACIÓN CONVENIO ACCIDENTES CORTOPUNZANTES Y TRAUMÁTICOS
FACULTAD DE MEDICINA – HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Convenio destinado a la atención de urgencia ambulatoria y hospitalización de estudiantes de la Facultad de Medicina por accidentes traumáticos y cortopunzantes ocurridos en dependencias de la Universidad de Chile u otro lugar asociado a labores inherentes a su calidad de estudiantes. La falsedad de la presente declaración será sancionada de acuerdo a la normativa universitaria vigente. Este convenio NO cubre a becados/as MINSAL (atención en mutual de Servicio de origen). Tampoco cubre lesiones preexistentes.

Declaro formalmente que el accidente que motivó mi comparecencia y solicitud de asistencia médica en el Servicio de Urgencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el día _____/_____/_____ se ha efectuado cabalmente en el marco del Convenio de atención de urgencia para alumnos de la Facultad de Medicina vigente entre el Hospital Clínico y la Facultad de Medicina, ambos de la Universidad de Chile.

Declaro, asimismo, que solicité esta prestación de salud porque el accidente Cortopunzante Traumático (marcar opción), se produjo en:

1. Mi condición de estudiante de la Facultad de Medicina:

Pregrado: Carrera _____ Nivel _____

Postgrado: Programa _____

Postítulo: Programa _____

2. En dependencias de la Facultad de Medicina o Centro de Práctica (señale el nombre):

a. Campus _____

b. Hospital _____

c. Centro de práctica con convenio docente/asistencial _____

d. Otro _____

Nombre: _____

RUT: _____

Fecha Declaración ____/____/____

Firma